

令和 年 月 日

重要事項説明書（通所介護）

1 事業所の概要

事業所名	社会福祉法人 湘南愛心会 デイサービスかまくら愛の郷
所在地	神奈川県鎌倉市岡本 1022-32
介護保険事業所番号	1472101920
管理者及び連絡先	施設長 櫻井 健一 0467-41-1122

2 事業所の職員体制等

令和6年9月1日現在

職種	従事するサービス種類、業務	人員
管理者	職員及び業務の管理等	1名
生活相談員	相談、サービスの調整等	2名
介護職員	食事他の介護等	7名
看護職員	健康管理等	2名
機能訓練指導員	日常生活動作の訓練等	2名
送迎運転手	送迎者の運転等	4名

3 設備の概要

区分	数量・規模	備考
食堂兼機能訓練室	139.17 m ²	
浴室	41.81 m ²	
静養室	20.23 m ²	

4 サービス提供地域（通常の送迎地域）

- ・ 神奈川県鎌倉市
- ・ 神奈川県藤沢市村岡東、渡内、弥勒寺、大鋸、川名、宮前、片瀬、片瀬山
鵜沼、朝日町
- ・ 神奈川県横浜市栄区笠間、桂町

5 サービス提供時間及び営業時間

	平日	土曜日・祝日	日曜日
サービス提供時間	9：15～16：30	9：15～16：30	休日
営業時間	8：30～17：00	8：30～17：00	休日

6 利用定員

30名

7 サービス内容

(介護保険適用サービス)

① 介護

利用者様の心身状況に応じて適切な方法により食事・排泄・入浴等の介助を行います。

② 相談・援助

利用者様及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な助言、その他の援助を行なうよう努めます。

③ 機能訓練

日常生活及び機能訓練器具等を通して利用者様の状況に応じた機能訓練を行い、必要な機能を改善し身体機能の低下を防止するよう努めます。

④ 健康管理

看護師による日常の健康チェックをします。

⑤ 療養上の世話

教養娯楽用具を備え適宜レクリエーション等を行い、施設での生活を実りあるものとなるよう努めます。

⑥ 送迎

通所に際し、利用者様の希望により自宅と施設の間を送迎します。

(介護保険適用外サービス)

① 食事

管理栄養士の下、栄養と利用者様の身体状況に応じ、かつ嗜好を考慮した食事を提供します。

② おむつ

③ レクリエーション・クラブ活動費

レクリエーション等に係る材料等の費用。

④ その他の日常生活費

利用者様の希望による身の回り品等の費用。

8 利用料金

- ① 利用者様の方からいただく利用者負担金は、次表のとおりです。この金額は、次の2種類に分れます。なお、2) の費用が必要となる場合には、事前に詳細を説明のうえ、利用者様の同意を得なければならないこととされています。疑問点等については係にお尋ねください。

1) 介護保険の適用を受けるもの

区分	金額 (単位)	内容の説明
利用料	要支援1 1,921円(月額)	要支援の利用者様につきましては1ヶ月あたりの料金
	要支援2 3,868円(月額)	
	サービス提供体制加算I	
	要支援1=94円、要支援2=188円	通所型サービスO
	要介護1 703円	要介護の利用者様につきましては1日あたりの料金
	要介護2 830円	
要介護3 962円		
要介護4 1,093円		
要介護5 1,226円		
加算料	入浴介助加算(I) 43円	1日の料金
	サービス提供体制加算I 24円	1日の料金
	個別機能訓練加算Iイ 60円	1日の料金
	中重度者ケア体制加算 48円	1日の料金
基本額等は、介護報酬に係る利用者負担金(費用全体の1割)		

- ※ 利用料・加算料＝基本額(加算含む)×10.68円(地域加算)を計算した合計額の10%
(負担割合2割の場合20%・上記料金×2、また3割の場合30%・上記料金×3)
- ※ 上記の他、介護報酬に係る利用者負担金については厚生労働大臣の定める告示上の額です。

2) 介護保険の適用を受けないもの

区分	金額	内容の説明
食事代	800円	昼食(おやつ含む)に係る費用
おむつ代	実費	
レクリエーション クラブ活動費	実費	1ヶ月のレクリエーション・クラブ活動に係る材料等の費用

- ※ 上記の他、介護保険外のサービスとなる場合(サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。)には、全額自己負担となります。

- ② 利用者様負担金は、サービスを提供した翌月の中旬までに請求致します。
次のいずれかの方法によりお支払いをお願いします。
- A 自動口座引き落とし(ご指定の金融機関の口座から月1回27日に引き落とします。
手数料のご負担はありません。)
- B 現金払い(初回に限りお願いする場合があります。この場合は月末迄に事務までお
支払い願います。)
- C 銀行振り込み(初回に限りお願いする場合があります。この場合は月末迄に下記口
座までお振り込み願います。手数料は利用者負担となります。)

横浜銀行 大船支店 普通預金口座 (口座番号 1823408)
口座名義 社会福祉法人 湘南愛心会 理事長 塩野 正喜

9 サービス利用の中止

- (1) 利用者様がサービスの利用の中止をする際には、速やかに所定の連絡先までご連絡
下さい。
- ・ 連絡窓口：0467-41-1122 (代表) へお願いします
 - ・ 連絡時間：午前9:00～午後5:00
- (2) 利用者様の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前々
日までにご連絡ください。前日又は当日のキャンセルは、キャンセル料が生じるこ
とになりますので、あらかじめご了承ください。(ただし、利用者様の容態の急変な
ど、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は発生いたしません)。

	キャンセル料	備考
サービス利用日の前々日まで	無料	
サービス利用日の前日まで	利用者負担金 50%	
サービス利用日の当日	利用者負担金 50%	

サービス方針

① 介護と生活の一体化

その人らしい生活様式や生活習慣などを尊重した生活の場を提供します。

② 自立支援

共同生活とプライバシーの調和に努める一方、趣味活動やレクリエーションへの参加を
通じ、自己表現の意欲を高め、生きがいにつながる生活の場を提供します。

10 緊急時の対応方法

サービス利用中の事故、体調急変等は、まずはご家族へ連絡いたします。受診やご利用中止等のご家族の判断で医療機関（かかりつけ医）とご相談下さい。但し、ご家族への連絡がとれない場合、又は緊急性が高い状態変化時には湘南鎌倉総合病院への搬送となりますことを予めご承知下さい。

協力医療機関

名称	: 湘南鎌倉総合病院
代表者	: 院長 小林 修三
所在地	: 鎌倉市岡本 1370-1
連絡先	: 0467-46-1717

11 非常災害対策

非常災害に関する具体的（火災・風水害・地震等）計画を作成し、防災管理者及び消防等について責任者を定め、非常災害に備えるため年2回以上、定期的に避難、救出訓練を行います。

12 損害賠償について

当施設において事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。又守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者のおかれた心身の状況を斟酌して相当と認められるに限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

13 相談窓口、苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当施設お客様相談窓口	電話番号	0467-41-1122
	FAX 番号	0467-41-1121
	責任者（相談員）	渡邊 哲也

以下の公的機関においても、苦情申出等が出来ます。

鎌倉市役所（介護保険課）	所在地	神奈川県鎌倉市御成町 18-10
	電話番号	0467-61-3947
	FAX 番号	0467-23-8700
藤沢市役所（高齢者福祉課）	所在地	神奈川県藤沢市朝日町 1-1
	電話番号	0466-25-1111

横浜市栄区役所（高齢・障害支援課）	所在地 神奈川県横浜市栄区桂町 303-19 電話番号 045-894-8415
神奈川県国民健康保険団体連合（国保連） 介護苦情相談課	所在地 神奈川県横浜市西区楠町 27-1 電話番号 0467-23-8700

14 当法人の概要

法人の名称	社会福祉法人 湘南愛心会
代表者名	理事長 塩野 正喜
所在地・電話	神奈川県鎌倉市上町屋 750 電話番号 0467-42-1717
業務の概要	特別養護老人ホーム かまくら愛の郷 （介護予防）短期入所生活介護事業 （通所型サービス O）通所介護事業 居宅介護支援事業 介護老人保健施設 かまくら （介護予防）短期入所療養介護事業 （通所型サービス O）通所リハビリテーション事業 特別養護老人ホーム 逗子杜の郷 （介護予防）短期入所生活介護事業 居宅介護支援事業
事業所数	3ヶ所

15 デイサービス送迎時の対応について

特別養護老人ホームかまくら愛の郷では、デイサービス送迎時、ご家族様にお立会いして頂くことを原則としております。これは、ご利用者様に安全にデイサービスをご利用して頂く為です。

なお、ご家族様のご都合で、どうしても送迎時のお立会いが難しい場合には、ご家族様の同意を頂いた上で、以下のような対応をさせていただきます。

○ お迎えの際、ご家族様が不在の場合

玄関の鍵を施錠し、鍵はご本人様に管理して頂きます。

職員がご本人様をお車までご案内致します。

○ お送りの際、ご家族様が不在の場合

ご本人様に鍵を開けて頂き、職員がご本人様を玄関の中までお送り致します。

なお、お迎えの前、及びお送りした後につきましては、いかなる責任も負いかねますのでご了承下さい。

【 同意書 】

令和 年 月 日

特別養護老人ホームかまくら愛の郷
施設長 櫻井 健一 殿

上記について担当者より説明を受け、十分に理解した上で同意致します。

利用者氏名 _____ 印

ご家族氏名 _____ 印

住所 _____

電話番号 () _____

【 説明確認欄 】

令和 年 月 日

サービス契約の締結に当たり、上記により重要事項を交付し説明しました。

事業者 事業者名 社会福祉法人 湘南愛心会
特別養護老人ホーム かまくら愛の郷
説明者 _____ 印

サービス契約の締結に当たり、上記のとおり交付と説明を受けました。

利用者 氏名 _____ 印
代理人・立会人（該当する場合）
氏名 _____ 印